

Mélanome cutané

Le diagnostic précoce, un devoir d'efficacité

Michèle M. Delaunay*

Par l'augmentation continue de son incidence liée à des facteurs comportementaux, par les enjeux de santé publique que constituent son dépistage et sa prévention et par le coût des thérapeutiques que la recherche laisse entrevoir, le mélanome se situe au cœur des problèmes de santé de ce début de siècle et il constitue presque, de ce point de vue, une sorte de cas d'école.

Pour le médecin praticien, c'est d'abord un cancer grave touchant également tous les âges de la vie adulte et constituant pour lui un challenge quotidien : le mélanome est en effet une tumeur cutanée accessible à la vue à l'occasion de tout examen complet et c'est donc du sens clinique du praticien que va dépendre l'avis ou le geste spécialisé qui décidera de la vie du patient.

UN DÉPISTAGE PRÉCOCE TRÈS RENTABLE

Le doublement tous les 10 ans de l'incidence du mélanome qui en fait de loin le cancer qui augmente le plus en fréquence se poursuit dans tous les pays occidentaux.

En Australie, pays qui détient à la fois le record d'incidence et celui où la politique d'information du public est la plus vigoureuse, un fléchissement paraît cependant s'amorcer dans les groupes les plus réceptifs aux énormes efforts de prévention mis en œuvre. En France, ce sont environ 8 000 nouveaux cas par an qu'il s'agit de dépister le plus tôt possible si l'on veut à la fois réduire la morbidité et la mortalité de ce cancer. Le mélanome est en effet aussi le cancer où le dépistage est le plus rentable sur tous les plans et alors que l'on parle toujours de ce que coûtent les médecins, il n'est pas inutile de souligner ce qu'un simple diagnostic clinique peut « rapporter ». Reconnaître en effet un



mélanome dont l'examen histologique montrera qu'il a moins d'un millimètre d'épaisseur, c'est le guérir à plus de 90 % des cas au prix (très modeste) d'une cicatrice cutanée généralement sans conséquence. À l'opposé, un mélanome négligé et de forte épaisseur a peu de chance d'être curable, il impose des traitements et des hospitalisations multiples, et a un coût médical (et social s'il s'agit d'un sujet jeune) considérable.

* Unité de dermatologie-cancérologie, hôpital Saint-André, 33076 Bordeaux Cedex. Tél : michele.delaunay@chu-bordeaux.fr

Dans la pratique, ce devoir d'efficacité a un double aspect :

— savoir reconnaître les patients « à risque » qui nécessitent un suivi et une éducation (modération solaire et autosurveillance) et qui sont schématiquement les porteurs de nævus multiples, et cela d'autant plus qu'ils ont une peau claire et qu'ils bronzent peu ou mal ;

— savoir identifier les lésions nécessitant un avis ou un geste spécialisé, lésion pigmentée récente ou qui se modifie et dont la coloration comporte du noir.

Le diagnostic de certitude relève de l'examen histologique qui donne aussi la clef du pronostic avec l'épaisseur tumorale ou indice de Breslow. De cet indice dépendent aussi la marge précise de l'exérèse définitive, la décision de réaliser ou non la technique du ganglion sentinelle et de mettre en œuvre un traitement adjuvant, le schéma de suivi et surtout les chances de guérison.

Dans tous les cas, la surveillance après traitement est d'abord clinique : la première récurrence est ganglionnaire dans plus de la moitié des cas ; la peau ou les tissus sous-cutanés constituent le premier site métastatique. C'est dire qu'un examen clinique soigneux permet de déceler la majorité des récurrences. Les examens d'imagerie sont le plus souvent limités au cliché pulmonaire, le poumon étant le site viscéral préférentiel d'un schéma métastatique qui se caractérise par son caractère ubiquitaire (tous les organes peuvent être atteints) et par la possibilité de récurrences très tardives.

GRAVITÉ PRONOSTIQUE DES FORMES ÉVOLUÉES

Le traitement du mélanome primitif demeure principalement chirurgical (exérèse à 1 cm pour les mélanomes d'épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à 2 cm pour les épaisseurs supérieures) mais il se complique et s'alourdit par l'introduction de la technique du ganglion sentinelle, qui consiste dans le repérage scintigraphique et l'analyse du ganglion de drainage à l'occasion de l'exé-

rèse chirurgicale définitive. L'intérêt pronostique de la méthode est bien établi ; son intérêt thérapeutique, c'est-à-dire l'impact sur la durée de vie et le taux de guérison, demeure incertain. L'interféron en traitement adjuvant reste, malgré les résultats publiés par Kirkwood en 1998, l'objet d'essais thérapeutiques portant en particulier sur la durée du traitement.

Au stade de dissémination, la chimiothérapie garde la place principale, mais les taux de réponse des médicaments les plus utiles (DTIC, cisplatine, fotémustine) sont globalement inférieurs à 20 %. Les associations de 3 ou 4 médicaments, ou l'addition d'interleukine et d'interféron, améliorent les taux de réponse mais augmentent la toxicité sans prolonger la survie globale. La chirurgie et la radiothérapie ont une place additionnelle dans une stratégie thérapeutique adaptée au schéma métastatique de chaque patient.

À côté de cette vision assez sombre, le mélanome suscite de considérables efforts de recherche en particulier dans le domaine de l'immunothérapie. Plusieurs types de vaccins ont été mis au point et permettent une immunisation active contre les antigènes tumoraux avec des réponses positives dans des cas sélectionnés ; d'autres voies de recherche utilisent l'immunothérapie cellulaire. Pour la chimiothérapie, des essais sont en cours avec des médicaments anti-angiogènes ou anti-sens.

De ce panorama rapide du mélanome cutané, véritable tumeur vedette des décennies actuelles, il faut retenir les données les plus simples : le rôle décisif du médecin praticien qui doit avoir l'esprit en éveil à chaque examen cutané à la fois pour prendre avis sur une lésion douteuse ou la faire enlever, et pour inciter les patients porteurs de nævus multiples à un suivi et à des mesures de prévention. Celles-ci se limitent à une modération de l'exposition solaire, adaptées au type de peau de chacun. Il faudra sans doute bien des années et une modification profonde des comportements pour que cette prévention ralentisse ou inverse l'augmentation d'incidence du mélanome.

B

**Abonnez-vous ou réabonnez-vous
en ligne* à La Revue du Praticien**

sur son site Internet www.33docpro.com



* Paiement par carte bancaire « secteur bancaire sécurisé »